via dei Mille 35
00185 Roma
tel. 064464514
fax 064468403
sedesoi@soiweb.com
www.soiweb.com

SOI Società Oftalmologica Italiana
Associazione Medici Oculisti Italiani
ENTE MORALE
dal 1879 a difesa della vista

SCHEDA INFORMATIVA
INTERVENTO LASER DELLA RETINA

APPROVATA DALLA SOCIETA' OFTALMOLOGICA ITALIANA NEL LUGLIO 2003

Gentile Signora, Signore,

Lei soffre di una affezione della retina responsabile dei suoi disturbi visivi.
Questa scheda contiene le informazioni sul trattamento che Le è proposto, sui risultati e sui rischi. Tutte le espressioni tecniche utilizzate è bene che siano accompagnate da un'ampia descrizione verbale di chiarimento. Quindi Lei è invitato a chiedere tutte le spiegazioni necessarie sui termini che non Le sono chiari.

La sua patologia visiva si chiama _____

Il trattamento che le viene proposto è _____

Il responsabile del trattamento chirurgico è _____

Degenerazione maculare legata all'età

E' la causa principale del calo della vista dopo i 65 anni.
Corrisponde a un'alterazione della regione centrale della retina : la macula.
La conseguenza è una diminuzione della capacità visiva, soprattutto della lettura e della scrittura.
La forma atrofica, la più frequente, non può beneficiare di un trattamento laser.
La forma essudativa, caratterizzata dall'apparizione sotto la retina di neovasi responsabili di emorragie, di edemi e infine di una distruzione estesa della macula può trarre beneficio dall'applicazione laser. In certi casi la fotocoagulazione al laser permette la distruzione dei neovasi.
La fotocoagulazione permette a volte una stabilizzazione della vista.
Comunque sono necessari dei controlli poiché le recidive sono frequenti.
Trattamenti alternativi in alcuni casi si può ricorrere ad un trattamento laser particolare che si chiama terapia fotodinamica. Inoltre, alcuni chirurghi vitreoretinici preferiscono avere un approccio chirurgico a questa patologia.

La retinopatia diabetica

Il diabete dopo qualche anno di evoluzione può provocare importanti perturbazioni della circolazione retinica responsabili di un grave calo della vista. Il laser può venir proposto per trattare delle grandi zone della retina (panfotocoagulazione) quando esista un rischio di emorragia intraoculare. Il trattamento viene realizzato in più sedute. Il laser può anche essere proposto quando esista un edema maculare o delle aree ischemiche.
Lo scopo ricercato è quello di rendere stabile la vista.
Non ci sono allo stato attuale dei trattamenti alternativi al laser.

Foro o rottura retinica

La retina rappresenta lo strato più interno del bulbo oculare.
In particolari condizioni può accadere che si formino dei "buchi", cioè dei fori, o, addirittura, delle lacerazioni in seno allo spessore retinico. Queste lesioni sono pericolose perché possono predisporre al distacco di retina.
I sintomi rivelatori sono solitamente la percezione di lampi o la recrudescenza di corpi fluttuanti (mosche volanti). A volte le lesioni sono scoperte nell'assenza di sintomi.Lo scopo del trattamento è di creare una reazione cicatriziale solida intorno alla lesione e tentare di prevenire un distacco della retina. Nella maggioranza dei casi, la cicatrizzazione duratura della lacerazione viene ottenuta. Questo trattamento non impedisce la formazione di altre lacerazioni. A seconda dei casi,può venir proposto un trattamento più esteso (sbarramento circolare).
Nella maggioranza dei casi il trattamento è risolutivo. In alcuni casi non è sufficiente e necessita di un trattamento chirurgico.
Non ci sono allo stato attuale delle conoscenze, trattamenti medici o alternativi al laser.

Altre affezioni retiniche

Possono beneficiare di un trattamento laser: postumi di occlusioni venose retiniche, postumi di operazioni del distacco della retina, angiomatosi, macroaneurisma , corioretinopatia sierosa centrale.
Non esistono allo stato attuale trattamenti alternativi al laser.

L' intervento laser

La fotocoagulazione al laser utilizza una luce capace di trasportare una certa quantità di
energia che sarà consegnata ad un luogo preciso dell'occhio. Può creare una cicatrice, coagulare un vaso, distruggere un tessuto anormale.
Esistono diversi tipi di laser capaci di emettere raggi di
colori diversi, dal blu all'infrarosso : laser argon, laser krypton, lader a diodi, laser Nd-Yag.
Il trattamento si effettua solitamente in ambulatorio. Il paziente è seduto davanti all'apparecchio. La pupilla è dilatata grazie all'instillazione di un collirio. Un certo numero di impatti laser saranno applicati con o senza interposizione di una lente posta sull'occhio. La durata del trattamento non supera i 15-20 minuti a seduta.
Anestesia : l'occhio viene reso insensibile da un collirio, raramente con delle iniezioni palpebrali orbitarie.
Incidenti o difficoltà durante l'intervento : verrà avvertita una sensazione di abbagliamento che potrà prolungarsi durante il trattamento. Il trattamento normalmente è poco doloroso. Può, in alcune persone, causare un malessere vagale e giustificare l'assunzione di una medicina.

Mancato intervento

……
……
……

……
……

Decorso postoperatorio

Nella gran maggioranza dei casi, il paziente potrà andarsene subito dopo il trattamento a riprendere le sue attività quotidiane già dal giorno dopo.
Effetti indesiderabili : nelle prime ore, si può avvertire un capogiro, la vista annebbiata, mal di testa, un dolore che spariranno nelle ore successive.
Le cure locali si limitano all'instillazione di gocce secondo le modalità che le saranno precisate dal suo oculista.
Un controllo sarà necessario in data da definirsi con il suo oculista.

Servizio Urgenze

Le complicanze dell'intervento laser

- Complicanze gravi della fotocoagulazione laser sono rare.

Eccezionalmente si può verificare

- emorragia
- distacco di retina.
- calo dell'acutezza visiva più o meno duraturo
- alterazioni del campo visivo centrale o periferico.

- Complicanze meno gravi sono:
  - attacco di glaucoma acuto
  - Irritazione della cornea (cheratite)
  - Infezione corneo-congiuntivale (batterica o virale)
  - dilatazione pupillare prolungata

Nella maggioranza dei casi questo trattamento contribuisce a prevenire un calo ulteriore ma non migliora la vista.Eccezionalmente può sopraggiungere un calo definitivo della vista a seguito di questo trattamento.Le miodesopsie (mosche volanti),qualora presenti, non scompariranno dopo questo trattamento.
Allo stesso modo, possono comparire dopo il laser.

L'oculista è disposto a rispondere a qualsiasi altro quesito che Lei vorrà porgli.

E' obbligatorio per il medico metterle a disposizione le suddette informazioni sul trattamento che è proposto, sui risultati e sui rischi connessi all'intervento chirurgico. La firma da parte Sua di questo documento vuole essere la conferma per il medico di avere fornito tali informazioni in maniera che Lei ritiene adeguata e comprensibile e di aver soddisfatto ogni Sua domanda e non solleva il medico dal suo obbligo di diligenza, perizia e prudenza.

ATTENZIONE!

1) **Il trattamento fotocoagulativo laser non sempre ferma la progressione e riduce le complicanze della malattia retinica.**

2) **Il trattamento fotocoagulativo laser non elimina definitivamente la malattia retinica per la quale viene proposto**

3) **Potrà essere possibile, comunque, un peggioramento della malattia retinica**

4) **Sono possibili delle complicanze se non si seguono le terapie o i controlli prescritti.**

5) **Ci può essere un calo della vista dopo fotocoagulazione laser retinica.**

6) **Le miodesopsie (mosche volanti) non scompariranno dopo la fotocoagulazione laser**

Il sottoscritto paziente (Cognome e Nome in stampatello) _____

Data _____ Firma leggibile _____

Cognome e nome di chi ha fornito le informazioni (medico) _____

Firma di chi ha fornito le informazioni _____

Gentile Paziente,

la SOI, Società Oftalmologica Italiana, riconosciuta come ente morale dal Ministero dei Beni Culturali,
richiede nel suo interesse che prima di sottoporsi all'intervento, lei riceva le necessarie informazioni e firmi il consenso all'intervento.
E' quindi invitato a leggere accuratamente il presente scritto e consegnarlo firmato prima dell'atto operatorio.

ATTO DI CONSENSO ALL'INTERVENTO DI LASER DELLA RETINA

INTERVENTO ☐ OCCHIO DESTRO ☐ OCCHIO SINISTRO

IN ANESTESIA ☐ TOPICA

Con la presente dichiarazione, da valere come manifestazione piena, libera ed incondizionata della mia volontà, io sottoscritto:
acconsento a sottopormi all'intervento di laser retinico , dopo essere stato edotto delle caratteristiche dell'intervento ed avere valutato, sulla base di quanto ampiamente illustrato e riassunto in una specifica informativa da me sottoscritta per presa visione e facente parte integrante della presente dichiarazione di consenso, i possibili vantaggi così come gli eventuali rischi generici e specifici dell'intervento stesso.

Dichiaro al riguardo di essere stato posto a conoscenza, tra l'altro:

- delle conseguenze derivanti da mia eventuale negligenza relativamente ai consigli sulle pratiche post-operatorie prescritte all'occorrenza dal chirurgo nel corso dei controlli post-operatori, che saranno programmati e a cui debbo attenermi;
- della possibilità di porre domande riguardo alle problematiche relative a questo intervento rilasciatemi dal

Dott. _____

Firma del Dott. _____

Che ha rilasciato spiegazioni su

_____
_____
_____
_____
_____
_____

Affermo infine di avere letto e compreso perfettamente tutto ciò che mi viene spiegato e che tutti gli spazi in bianco sono stati completati (o sbarrati) prima della mia firma .

Cognome e Nome
☒ del paziente
☒ del tutore del paziente inabilitato;
☒ dei genitori del paziente minorenne esercenti la patria potestà
i n s t a m p a t e l l o
_____

Data _____Firma del Paziente/tutore/genitore_____

Firma dell'altro genitore. _____

In caso di sottoscrizione di uno solo degli esercenti la patria potestà, con la presente sottoscrizione il firmatario dichiara di esercitare congiuntamente la patria potestà, ovvero di essere l'unico esercente la patria potestà esonerando da ogni responsabilità la struttura e i suoi medici per ogni atto conseguente alla mendace affermazione ed accollandosene gli oneri.
In caso di esercizio della patria potestà disgiunto sarà indispensabile la sottoscrizione di entrambi gli esercenti la patria potestà ovvero di procura notarile dell'esercente la patria potestà che non sottoscrive ovvero di dichiarazione con la quale si attribuisce la facoltà di sottoscrivere il consenso all'altro genitore munita di dichiarazione d'autenticità della firma.

Nome di chi riceve la dichiarazione di consenso (in stampatello) _____

Firma di chi riceve la dichiarazione di consenso (non necessariamente Dott) _____